

**А.Н. СМИРНОВ, А.Ф. ДРОНОВ, А.Г. МАННАНОВ, Д.В. ЗАЛИХИН, М.А. ЧУНДКОВА, Н.А. АЛЬ-МАШАТ, П.М. ЯРУСТОВСКИЙ, О.С. ДАНИЛЕНКО, В.В. ХОЛОСТОВА, Е.В. ВАСИЛЬЕВА**

Российский государственный медицинский университет

616.381-072.1

Детская городская клиническая больница № 13 им. Н.Ф. Филатова, г. Москва

## Лапароскопическое лечение крестцово-копчиковых тератом III и IV типа

Данные опухоли врожденного характера, относятся к эмбрионально-клеточным, возникают вследствие миграции эмбриональных клеток вместе с гонадным гребнем в сторону гонад. В большинстве случаев эти опухоли имеют гонадальную локализацию (яичник, яичко), но иногда встречаются и в других областях, чаще всего в крестцово-копчиковой. Если оперативный доступ для удаления тератом I и II типов однозначно промежностный, то при локализации основной массы или всей опухоли в малом тазу, выделение её из промежностного доступа крайне затруднено или практически невозможно, что приводит к использованию трансабдоминального доступа. Эндоскопическая техника в таких случаях позволяет минимизировать операционную травму, проводить прецизионную диссекцию тканей. За последние два года в нашей клинике проведено оперативное лечение пятерым детям с данной патологией. Возраст детей: 5, 7, 8 мес., 1,5 года и 3 года. Все девочки. При локализации опухоли в ретроректальном пространстве и по

мере ее роста возникают явления сдавления прямой кишки, прогрессируют запоры, отмечается «лентовидный» кал, боли в животе. При пальцевом исследовании по задней стенке прямой кишки пальпируется плотное округлое неподвижное образование. Для диагностики используют УЗИ, КТ и ирригографию.

Всем детям проведено лапароскопическое удаление тератом. Использовалось 4 троакара, диссекция тканей проводилась с использованием ультразвукового скальпеля. Отсеченная опухоль извлекалась из брюшной полости с помощью эндомешка. Длительность операции в среднем составила 70 мин. Кровотери не было. Интра- и послеоперационных осложнений не отмечено. Послеоперационный период составил в среднем 3 суток.

Применение лапароскопии в хирургии тератом и других опухолевидных образований, расположенных в ретроректальном пространстве, эффективно и позволяет улучшить результаты лечения.

616.8-053.2

**Е.А. СПИРИДОНОВА, Ф.Г. ШАРШОВ, С.А. РУМЯНЦЕВ, Д.В. ПРОМЕТНОЙ, В.Е. МИХАЙЛОВА, А.В. ЧЕРНОЗУБЕНКО**

Областная детская больница, г. Ростов-на-Дону; НИИ детской гематологии и онкологии, г. Москва; Московский государственный медико-стоматологический университет, г. Москва

## Возрастные и этиологические особенности тяжелой черепно-мозговой травмы у детей

С целью изучения особенностей тяжелой черепно-мозговой травмы (ЧМТ) у детей изучены 124 истории болезни пострадавших в возрасте от 1 месяца до 18 лет, первично госпитализированных в реанимационные отделения стационаров Ростовской области в 2004-2009 годах.

Первую (основную) группу составил 61 пострадавший в дорожно-транспортных происшествиях (ДТП), вторую (контрольную) — 63 ребенка, получивших травму от других, не связанных с ДТП причин, в числе которых — падение с высоты — 73,1% (46 из 63), столкновение с препятствием — 9,5%

(6), побои — 4,8% (3), падение тяжелого предмета — 4,8% (3) и травма прочей этиологии — 7,9% (5).

Установлено, что ЧМТ в группе пострадавших в ДТП регистрировалась существенно чаще, чем в группе пострадавших вследствие травм иной этиологии: 96,7% и 79,4% соответственно.

Частота закрытой ЧМТ и ушиба головного мозга в этиологических группах достоверно не различалась: у 84,75% и 74,6% пострадавших в ДТП и 80% и 78% пострадавших контрольной группы.